

CUESTIONARIO

LESIÓN PERSONAL

NOMBRE _____ FECHA DEL ACCIDENTE _____ HORA: _____

Dónde sucedió el accidente? _____

Describe el accidente en sus propias palabras _____

Cuál era su posición en el vehículo? Conductor Pasajero
Si era pasajero, estaba sentado Al frente Atrás la derecha Atrás a la izquierda Atrás al centro
Su vehículo golpeó al otro vehículo? Sí No Se desplegaron las bolsas de aire en alguno de los vehículos? Sí No
El otro vehículo golpeó al suyo? Sí No
El impacto fue al frente? al lado derecho? al lado izquierdo? por detrás?
Al momento del impacto estaba usted mirando hacia adelante? a la derecha? a la izquierda? arriba o abajo?
Tenía ambas manos al volante? Sí No Posición _____ Estaba su pie sobre el freno? Sí No
Estaba afirmado para el impacto? Sí No Tenía puesto el cinturón de seguridad? Sí No
En qué parte del vehículo quedó usted después del accidente? _____
Golpeó algo en el vehículo al momento del impacto? Sí No
De ser así, por favor especifique volante tablero parabrisas puerta lateral descansa brazos ventana lateral
Con qué parte del cuerpo? pecho barbilla rodilla hombro mano cabeza

Inmediatamente después del accidente, cómo se sintió? _____

Estaba inconsciente? Sí No Aturdido? Sí No
Fue al hospital? Sí No
De ser así, cuándo? al momento del accidente al día siguiente otro, por favor especifique _____
Cómo llegó al hospital? en ambulancia en transporte privado
Los asistentes de la ambulancia le colocaron collarín férula inmovilizador tabla de respaldo
Nombre del Hospital _____ Atendido por el Dr. _____
Le sacaron radiografías en el hospital? Sí No De qué partes? _____
De ser así, cuál fue el diagnóstico? _____

Fue admitido al hospital? Sí No
Cuánto tiempo se quedó? _____
Qué tratamiento recibió? _____
Qué recomendaciones le hicieron? _____ Vio a su propio doctor? Sí No
Vio a un médico ortopedista? Sí No Terapia física? Sí No

Ha visto a cualquier otro doctor como resultado de este accidente? Sí No
Nombre del Doctor _____

El dolor es constante? Sí No El dolor va y viene? Sí No Es agudo? Sí No Es sordo? Sí No
Otro _____
El dolor es peor cuando se levanta de estar sentado? Sí No Es peor cuando hace esfuerzo? Sí No
Al toser? Sí No Al estornudar? Sí No Al pujar para ir al baño? Sí No
Siente adormecimiento u hormigueo en los brazos? Sí No En las manos? Sí No En los dedos? Sí No
En las piernas? Sí No En los pies? Sí No En los dedos de los pies? Sí No
Cuál es su posición más cómoda? Sentado Recostado sobre su lado derecho Sobre su lado izquierdo
 Recostado boca arriba Sobre su estómago Parado Otra _____
Se le dificulta moverse en la cama? Sí No Empeora el dolor al estirarse o girar? Sí No

Siente alivio al dolor si utiliza Almohadillas calientes Baño caliente Regadera Bolsa de hielo?
El uso de un inmovilizador, si es que ha usado alguno, ayuda a aliviar el dolor? Sí No
El cambio en la altura del tacón empeora el dolor Sí No
Se siente mejor si está en movimiento? Sí No O descansando? Sí No
Tiene un colchón firme? Sí No Le duelen las rodillas? Sí No
Tiene calambres en las piernas? Sí No En los brazos? Sí No
Ha tenido algún cambio en sus hábitos para ir al baño? Sí No

Ha perdido tiempo del trabajo debido al accidente? Sí No
De ser así, indique las fechas del tiempo perdido. Desde _____ a _____
Completamente discapacitado desde _____ a _____ Parcialmente discapacitado desde _____ a _____